9.1.

(Separatabdruck a. d. Archiv f. Gynäkologie, Band XVI, Heft 1.)

Zur Casuistik der congenitalen Neoplasmen.

Von

F. Ahlfeld.

(Mit Abbildung Taf. III.)

Am 26. Juli 1876 wurde der chirurgischen Klinik in Leipzig die $3^1/_4$ Jahre alte A. Ritter aus Altscherbitz bei Schkeuditz übergeben.

Das Kind war schlecht genährt, blass und bot als auffälligste Erscheinung dar einen sehr stark aufgetriebenen Leib, auf dem reichliche Venennetze sichtbar waren, und an Stelle der äusseren Schamtheile einen derben, theilweise exulcerirten Tumor. Im Wesentlichen bestand dieser Tumor aus zwei Abtheilungen, einer vorderen, der Gegend der Clitoris entsprechend, einer hinteren, an Stelle der hinteren Commissur. Durch tiefe Furchen und Spalten war der Tumor so zerklüftet, dass auf den ersten Anblick in ihm die Formen der kindlichen weiblichen Genitalien nicht wieder erkannt wurden. Mit einer Sonde konnte man 20 cm tief eindringen; mit dem Katheter wurden 410 ccm ammoniakalisch riechenden, eitrigen Urins abgenommen. Eine Untersuchung per anum ergab, dass das ganze kleine Becken von einer harten Geschwulst vollständig ausgefüllt wurde, die also auch das Rectum comprimirte. Die Drüsen der Inguinalgegend stark geschwollen. Ueber der Symphyse konnte man einen Tumor in das grosse Becken ragend nachweisen.

Die Geschwulst an den Genitalien hatte in der Circumferenz 25 cm, an der vorderen Hälfte einen Querdurchmesser von 4,5 cm, an der hinteren Hälfte von 5 cm.

Zwischen der vorerwähnten vorderen und hinteren Portion der Geschwulstmasse ragte ein sich hervor wölbender Tumor heraus. Ging man mit der Sonde vor demselben ein, so floss Urin, ging man hinter demselben ein, jauchige Massen.

Das Kind litt an starken Diarrhoen. Es kam mehr und mehr herunter und starb am 20. August.

Leider sind in der Krankengeschichte absolut keine Angaben über die Zeit vor der Aufnahme im Krankenhause enthalten. Es ist dies im höchsten Grade zu bedauern.

Das ungemein interessante Präparat wurde mir zur Untersuchung überlassen.

Es besteht aus dem ganzen Becken, einem Theile der Wirbelsäule und den anhängenden Nieren. Ein gelungener Sagittalschnitt hat Uterus und Vagina, wie auch die Blase ziemlich gut getheilt.

Das ganze Becken, welches im geraden Durchmesser 7,25 cm misst, ist durch den vergrösserten Uterus und die Blase nach unten zu durch die verdickte Scheide ausgefüllt. Die hintere Wand des Uterus liegt dem Os sacrum an, die vordere drängt den Blasenhals und die Urethra gegen die Symphyse. Auch die Scheide ist in gleicher Weise ausgedehnt; doch ist es hier nicht die Dicke ihrer Wandungen allein, welche den unteren Beckenraum ausfüllt, sondern im Lumen der Scheide hat sich ein Convolut von Polypen gebildet, die bis zum Beckenausgange nach unten, bis zum Ostium externum nach oben reichen. Zu beiden Seiten des Genitalrohres liegen im Becken die stark verdickten Ligamenta lata u. s. w. Diese bilden mit ihren Anhängen ebenfalls eine grosse compacte Masse, so dass dadurch auch im queren Durchmesser eine Ausfüllung des Beckens stattfindet. Der Mastdarm, stark comprimirt, läuft in der linken Excavatio ileosacralis. Auch nach oben zu ist der Uterus bedeutend vergrössert und durch das Wachsthum der Scheide gehoben. Er überragt die Conjugata vera um 4,5 cm. Auch die Blase ist über das Niveau des Beckeneinganges erhoben und liegt nur mit dem Blasenhalse noch unter demselben. Nach unten zu sehen wir die Wucherungen auch auf die äusseren Genitalien fortgesetzt. Dieselben sind bedeutend vergrössert (siehe die Messungen im klinischen Berichte) und zeigen eine rauhe defecte Oberfläche.

Wichtig, auch für die Frage nach dem Ausgangspunkte der seltenen Anomalie, sind die Maasse der destruirten Beckeneingeweide. Die Hauptvergrösserung zeigt die Scheide und ihr Lumen. Sie misst im sagittalen Durchmesser 5,5 cm[1]), die vordere Wand ist 1,1 cm, die hintere 1,7 cm dick. Der dazwischen liegende Raum wird durch die Polypenmassen gefüllt. Nach oben zu reicht die Scheide bis zu einer Linie, die vom oberen Rande der Symphyse zum oberen Rande des dritten Kreuzbeinwirbels führt. Der Uterus hat im Ganzen eine Länge von 6 cm. Davon kommen 3,5 cm auf die Cervix, 2,5 cm auf den Körper. Die Wandungen sind ziemlich gleichmässig verdickt, nur nach der Scheide zu, also im unteren Theile der Cervix, wird die Wand breiter. Am inneren Muttermunde beträgt die Dicke der vorderen Wand 1,0 cm, die der hinteren 1,2 cm. Die Mitte des Fundus ist nach innen zu hineingewuchert und hängt im Sagittalschnitte wie ein Zapfen in das Lumen der Uterushöhle. Dieser Zapfen ist 2,3 cm lang und von vorn nach hinten 1,2 cm dick. Er reicht mithin bis dicht über den inneren Muttermund. — Auch die Blase nimmt an der allgemeinen Vergrösserung mit Theil. Sie ist hyper-

1) Die Abbildung ist in toto etwas kleiner als das Präparat.

trophirt, excentrisch vergrössert, und die hintere Wand zeigt einen wallnussgrossen Tumor, der weit in die Blasenhöhle hineinragt.

Das Parametrium ist durch das Breitenwachsthum der Scheide und des Uterus nahezu verschwunden. Der Tumor grenzt an die Seitenwandungen des Beckens an, geht oberhalb der Linea innominata sogar über dieselbe seitlich weg und schmiegt sich dem Raume der Darmbeinschaufel an.

Somit zeigt sich an unserem Präparate vor allem die Scheide verdickt, mit Neubildungen gefüllt; nach oben und unten ist es der Uterus und die Vulva, die an der gleichmässigen Verdickung theilnehmen. In geringerem Grade sind die Adnexen des Genitalrohres, Blase, Parametrien, Lymphdrüsen u. s. w., in Mitleidenschaft gezogen.

Ueber die Art der Neubildung liess sich schon makroskopisch die Vermuthung aussprechen, dass man es mit einem Sarcom zu thun haben werde. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt diese Vermuthung.

Es handelt sich in der Hauptsache um ein Fibro-Sarcom mit stellenweise stärkerer oder geringerer Entwickelung des Bindegewebes. Auch der Tumor der Blase ist histologisch gleicher Weise zusammengesetzt, nur ist hier eine stärkere Entwickelung von Rundzellen bemerkbar. Auch in den Lymphdrüsen ist die sarcomatöse Neubildung ausgeprägt.

Ich möchte einige Punkte im Bezug auf die Entwickelung dieser höchst interessanten angeborenen Neubildungen berühren. Wir haben von einem genaueren Studium der congenitalen Neoplasmen sehr viel zu erwarten. Es ist wahrscheinlich, dass die Frage über die Entstehung der Carcinome und Sarcome auf diesem Wege mit der Zeit gelöst werden wird. Bis jetzt ist leider die Zahl der beschriebenen congenitalen Geschwülste noch so klein, dass Schlussfolgerungen zu machen übereilt wäre. Doch können wir auf einige Punkte hindeuten, die den Weg der Untersuchung anzeigen.

Da ist es erstens der Sitz, der uns wichtige Aufschlüsse geben kann.

In meinem, wie in Sänger's Falle (s. Archiv f. Gyn., Bd. XVI, S. 58), ist der Ausgangspunkt unzweifelhaft die Scheide gewesen. Hier sitzt der Haupttumor, die Adnexen sind erst secundär ergriffen und sind durch das Wachsthum des Scheidentumors verdrängt worden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass normaler Weise in einer bestimmten Zeit der fötalen Entwickelung sich eine auffallende papilläre Wucherung in der Scheide findet. Es ist dies der Fall in der 18. und 19. Woche. Dohrn, Ueber die Entwickelung des Hymen, beschreibt diesen Vorgang Seite 2 folgendermaassen: Zu Ende dieses Zeitraumes, ausnahmsweise auch etwas früher, beginnt in der Vagina eine starke Papillarwucherung. In der Mitte der Scheide treten die Papillen am meisten hervor; nach oben setzen sie sich bis auf den Scheidentheil und den unteren Abschnitt der Cervix fort, nach unten reichen sie hinab bis zum Scheitel des Sinus urogenitalis.

Bildet sich in der 19. Woche an dieser Stelle die erste Andeutung des Hymen, so fand Dohrn, dass die Vaginalfläche des Hymen Papillen trug, während die dem Sinus urogenitalis zugekehrte Fläche keine aufzuweisen hat.

Partiell, nämlich am untersten Theile der Müller'schen Gänge, sind Hypertrophien dieser Papillen schon bemerkt worden und als Hymen fimbriatus von Luschka, als Polypen von Hennig beschrieben worden.

Zweitens müssen wir die histologische Beschaffenheit der angeborenen Geschwülste in das Auge fassen. Eine Verwirrung ist dadurch hervorgerufen worden, dass man Teratome der Steissgegend u. s. w. mit dem Namen Cystosarcomen belegt hat, Geschwülste, die wohl in ihrem Baue an Sarcome erinnern, im klinischen Verlaufe aber gar nicht mit ihnen zusammengeworfen werden können, da ihnen die Eigenschaft, sich auf Kosten des Nachbargewebes auszubreiten, fehlt. Sie wachsen stets in gleichem Verhältnisse zum Gesammtkörper oder bleiben zurück. Von derartigen Teratomen rede ich daher nicht, sondern nur von der malignen angeborenen Form.

Im Archiv der Heilkunde habe ich 1865 (Bd. 8, S. 560) eine Beobachtung beschrieben, die dem von mir jetzt veröffentlichten an die Seite gestellt werden darf. Auch dort hatte sich das Sarcom sehr frühzeitig entwickelt, ja, es lässt sich vermuthen, dass auch congenital die ersten Anfänge desselben zu suchen gewesen sind. Schon bei Eintritt der Menstruation, im 13. Jahre, zeigt sich die Blutung so profus, dass nur eine achttägige Pause zwischen den einzelnen Perioden vorhanden war. Die vordere Wand der Scheide und die vordere Muttermundslippe bildeten wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Neubildung. Auch histologisch ähnelte dieser frühere Fall meinem neu beobachteten, da es sich dort auch um ein gemischtes Spindel- und Rundzellensarcom handelte. Nur der Blutreichthum war ein viel grösserer, was bei dem vorgeschrittenen Alter der Trägerin und bei Eintritt der ovariellen Functionen nicht zu verwundern ist. — Sehr frühzeitig zeigte sich das Sarcom auch bei der Patientin von Spiegelberg (Arch. f. Gyn., Bd. XIV, S. 178), indem bereits im 17. Jahre sich die Erscheinungen der Destruction einstellten.

Vielleicht gehört auch der Fall von Guersant (Journal für Kinderheilkunde 1850, Nr. 14, S. 148) hierher; das Kind hatte ein Blumenkohlgewächs, vom Scheidenmunde ausgehend. Im Alter von $3^1/_2$ Jahren wurde das Kind operirt; starb dann bald darauf.

Prof. Schmidt berichtete in der Sitzung der medicinischen Gesellschaft in Leipzig am 30. December 1879 von einem Kinde, welches weiche Polypen der Scheide aufzuweisen gehabt hätte. Das Kind, $1^1/_2$ Jahre alt, sei jetzt in Breslau bei Voltolini in Behandlung gewesen. Dort habe man constatirt, dass auch der Uterus in die Neubildung hineingezogen sei.

Ueberhaupt scheint das Sarcom diejenige Neubildung zu sein, welche sich am häufigsten von den malignen Geschwülsten congenital

findet. Ausser den eben erwähnten Fällen, wo die Neubildungen von der Scheide ausgingen, sind mir noch folgende in der Literatur bekannt geworden:

Jacobi, American Journal of Obstetric. 1869, II, S. 81.
Congenitales Sarcom der Zunge.

Mc Kay, Transactions of the American ophthalmological Society, New-York 1876, S. 345.
Congenitales Aderhautsarcom.

Marshall Levis, Lancet 1878, II, S. 545.
Congenitales Spindelzellensarcom des linken Unterschenkels.

Kelburne King, Lancet 1875, II, 27. Nov.
Congenitales Spindelzellensarcom eines Unterschenkels.

Mandillon, Bulletin médicale de la société de Chirurgie 1878, S. 160.
Congenitales gestieltes Spindelzellensarcom der rechten Schultergegend.

Eberth, Virchow's Archiv, Bd. 55, S. 518.
Myosarcom der Nieren, im 14. Monate zuerst bemerkt.

Cohnheim, Virchow's Archiv, Bd. 65, S. 64.
Congenitales Myosarcom der Nieren.

Landsberger-Cohnheim, Berliner klinische Wochenschrift 1877, Nr. 34.
Congenitales Myosarcom der Nieren.

Kocher, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1878, Nr. 20, S. 625.
Congenitales Nierensarcom.

Huber und Boström, Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. 23, S. 205.
Congenitales Myosarcom der linken Niere.

Marchand, Virchow's Archiv, Bd. 73, S. 289.
Congenitales Myosarcom der linken Niere.

Ramdohr, Virchow's Archiv, Bd. 73, S. 459.
Congenitales Angiosarcom beider Nieren und zahlreicher Partien der äusseren Haut wie auch innerer Organe.

Die Nieren scheinen mit Vorliebe der Sitz von congenitalen malignen Neubildungen zu sein. Auch die congenitalen Carcinome, wenn überhaupt eine so strenge Trennung congenitaler Sarcome und Carcinome erlaubt und von den Autoren thatsächlich gemacht worden ist, finden sich am häufigsten in der Niere. Rohrer (Das primäre Nierencarcinom, Zürich 1874) fand unter 96 in der Literatur beschriebenen Fällen von primärem Nierencarcinome 37 Fälle bei Kindern unter 10 Jahren, und darunter 16 Fälle bei Kindern unter zwei Jahren,

31 bei Kindern unter fünf Jahren. Im Jahre 1875 beobachtete einen Fall beim neugeborenen Kinde

Weigert, Virchow's Archiv, Bd. 67, S. 492. Das Kind zeigte ausserdem Missbildungen des Gesichts und des Gaumens.

Congenitale Carcinome anderer Organe sind dagegen sehr selten. Ich fand nur acht Beobachtungen in der Literatur.

Wedl, Aerztlicher Bericht des k. k. Gebär- und Findelhauses in Wien 1862, S. 91.

Congenitales Carcinom der Leber, des Pankreas und der Mediastinaldrüsen.

R. Brown, Lancet 1871, 16. Dec.

Markschwamm des rechten Eierstockes bei einem neun Monate alten Kinde.

Friedreich, Virchow's Archiv, Bd. 36, S. 465.

Weiches Carcinom in der Haut oberhalb der Patella bei Neugeborenen.

Ritter, Langenbeck's Archiv, Bd. 5, S. 338.

Hautcarcinom der Nasenspitze und der Drüsen. Operation. Keine Section des 21 Tage später gestorbenen Kindes.

Aldowie, Lancet 1876, 21. October.

Lungencarcinom bei einem 5½jährigen Knaben.

Cullingworth, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 12, S. 151.

Cylinderepithelial-Carcinom des Magens.

Nöggerath, Deutsche Klinik 1854, Nr. 44.

Lebercarcinom.

Jacobi, American Journal of Obstetrics 1880, Nr. 1, S. 119.

Angeborenes Carcinom der linken Niere mit metastatischen Knoten der Leber und des Peritoneum.

Es ist anzunehmen, dass auch in dem Falle von Smith (Transactions pathol. soc. London, 19. Band) die Erkrankung congenital war; denn schon im 14. Monate des Lebens wurde der Krebs der Rectovaginalwand bemerkt.

Kürzlich hatte ich Gelegenheit, die Section eines neugeborenen Kindes (Sirenenmissbildung) zu machen, welche den interessantesten Befund für die Frage von der Aetiologie der malignen Tumoren lieferte.

Das Kind war ausgetragen, frisch todtgeboren und zeigte keine Anomalie des oberen Körpers. Die untere Körperhälfte präsentirte sich in der typischen Form einer Sirenenmissbildung. Auch die inneren Organe zeigten keine wesentliche Abweichung von den regelmässig vorkommenden Anomalien der unteren Partien des uropoëtischen Apparates. Blase, Nieren, Ureteren fehlten vollständig.

Der Dickdarm endete blind. Kurz vor seinem blinden Ende zeigte er zwei haselnussgrosse Ectasien, die durch ein lumenloses Stück Darm mit einander verbunden waren. In dem unteren dieser Hohlräume, also im wirklichen letzten Ende des Darmes, befand sich ebenfalls eine reichliche Menge Meconium. Als dies herausgedrückt wurde, kam eine von der Schleimhaut ausgehende, maulbeergrosse Masse zu Tage, die mit ihren buchtigen Einkerbungen sofort den Eindruck eines Darmcarcinomes machte; eine Diagnose, die dann auch das Mikroskop bestätigte.

Nächst den Sarcomen und Carcinomen wurden angeborene Gliome gefunden, und zwar finden diese sich fast ausschliesslich am Nervus opticus. Bald werden sie als Neurome, bald als Fibro-Myxome, bald als Myxosarcome, bald als Fibrosarcome, bald als reine Fibrome beschrieben. Willemer (Ueber eigentliche, d. h. sich innerhalb der äusseren Scheide entwickelnde Tumoren des Sehnerven; Dissertation, Göttingen (Berlin) 1879) berichtet, dass von 21 Patienten, bei denen das Alter bekannt war, bei 10 das Leiden vor dem siebenten Lebensjahre, bei 8 von diesem sicher vor dem vierten Lebensjahre bemerkt worden sei.

Viel seltener als Sarcome, Carcinome und Gliome kommen congenitale Myome und Fibrome vor.

Die Myome befanden sich vorzugsweise am Herzen. Es beschrieben derartige Fälle

Skrzeczka, Virchow's Archiv, Bd. 11, S. 181.

Recklinghausen, Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. 20, S. 1.

Virchow, Virchow's Archiv, Bd. 30, S. 468.

Angeborene Fibrome sind erst in der neuesten Zeit beobachtet worden.

H. Marsh, Pathol. Transact. London 1874, S. 178,

beschreibt Schleim- und Faserpolypen der Blase, Harnröhre und Scheide („Fibroma papillare hydropicum") und fibromartige Tumoren der Ligamenta lata bei einem zweijährigen Kinde.

Martin, A., Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. 3, S. 406,

fand einen 1,8 cm langen fibrösen Polypen der Scheide bei einem neugeborenen Mädchen.

Chiari, Jahrbücher für Kinderheilkunde, Bd. 14, S. 230,

fand an der Leiche eines Neugeborenen ein mannsfaustgrosses congenitales Myxofibrom mit zahlreichen Kalkplatten in demselben, gestielt der Gegend der Nasenwurzel ansitzend.

Diesen drei Mittheilungen füge ich eine neue Beobachtung hinzu, die ich 1870 im Tübinger pathologischen Institute zu Gesichte bekam. Herr Prof. Schüppel überliess mir damals das Präparat zur Untersuchung und Beschreibung; doch wurde durch den Krieg mein Aufent-

halt in Tübingen abgekürzt und blieb gerade die mikroskopische Untersuchung unvollendet. Der praktische Arzt, Herr L. in B., hatte folgende anamnestische Mittheilungen dem Präparate beigefügt:

Dasselbe stammt von einem Knaben, der im Alter von $1^3/_4$ Jahren gestorben ist. Das Kind soll unmittelbar nach der Geburt kräftig und vollkommen gewesen sein. Die Eltern sind gesund. Im Alter von $^1/_4$ Jahre wurde das Kind zum Arzt gebracht, weil im Bauche sich eine Geschwulst entwickelt habe. Der Arzt fand das Kind ziemlich abgemagert, doch erfuhr er, dass es ordentlich Nahrung zu sich nehme; auch sei der Stuhl in Ordnung. Seit einigen Wochen sei den Eltern die Geschwulst aufgefallen. — Dieselbe sass oberhalb der Schambeine, fast vollkommen in der Mitte, und reichte bis circa 2,5 cm unterhalb des Nabels. Sie hatte eine rundliche Gestalt, eine glatte Oberfläche mit einem kleinen Absatze in der oberen Partie, fühlte sich hart an und liess sich bequem hin- und herschieben. — In der nächsten Zeit blieb sich der Tumor vollständig gleich, schien auch nicht schmerzhaft zu sein. Vier Monate später sah der Arzt das Kind wieder. Das Bild hatte sich wesentlich geändert. Der Unterleib war enorm aufgetrieben, das Gesicht bedeutend gealtert. Die Geschwulst war schwerer durchzufühlen, schien aber noch dieselbe Grösse zu haben. Durch die fast transparente Haut sah man das stark erweiterte Colon ascendens und transversum als einen breiten länglichen Wulst, der die Bauchdecken entsprechend der peristaltischen Bewegung mit in Bewegung brachte. Während der Bewegung hörte man deutlich ein Gurren und Plätschern in demselben. Die Eltern erzählten, der Leib sei vor kurzer Zeit auch so gross gewesen, habe sich aber, nachdem durch die Harnwege eine grosse Menge Wassers entleert worden, wieder verkleinert. — Die Symptome von Seiten des Kindes waren nicht sehr bedeutend. Ausser der fortschreitenden Abmagerung litt der Knabe zeitweise an Diarrhoen, denen häufig ein consistenter Stuhl vorausging. Erbrechen trat sehr selten ein. Indem das Kind immer mehr abmagerte, starb es im Alter von $1^3/_4$ Jahren. — Bei der Section zeigten sich die Brustorgane gesund, ebenso Leber und Milz.

Das Präparat, wie es dem pathologisch-anatomischen Institute zugesendet wurde, besteht aus einer apfelgrossen Geschwulst von $8^3/_4$ cm Breite, 6,5 cm Höhe, 5,75 cm Tiefe, von enormer Härte, die dicht hinter der vorderen Bauchwand, am oberen Theile der Blase, doch frei von dieser, mit einer Anzahl von Darmschlingen innig verwachsen ist. Die hintere Fläche des Tumors wird durch einen von oben nach unten verlaufenden Spalt getheilt, so dass ein horizontaler Querdurchschnitt der Geschwulst Nierengestalt bekommt, indem die dem Hilus entsprechende Stelle nach hinten liegt. In diesen Sulcus ist der Dickdarm eingewachsen, und zwar die Uebergangsstelle des Colon transversum zum Colon descendens. Diese Stelle ist durch den Entzündungsprocess herangezogen worden, so dass sie von ihrer normalen Stelle bis ziemlich in die Körpermittellinie gelangt ist. Dadurch ist natürlich das darüberliegende Stück des Colon transversum auf die linke Seite des oberen Theiles des S-romanum

zu liegen gekommen. Diese Uebergangsstelle ist durch das Umwachsen der Geschwulst und durch die consecutive periphere Entzündung bis auf ein Minimum im Lumen zusammengedrückt. Die engste Stelle hat in ihrer Längsrichtung circa 1 cm, sie ist nur für die dünnste Sonde durchgängig. Oberhalb derselben ist natürlich eine Erweiterung des Darmlumen eingetreten. Die Ausdehnung dieses Theiles beträgt, legt man die Wände aufeinander, 8 cm im Durchmesser.

Mikroskopisch stellt die Geschwulst ein verkalktes Fibrom dar und ist dieses Gewebe in allen Theilen des Tumor gleichmässig wiederzufinden.

Da der Tumor ein viertel Jahr nach der Geburt die oben angegebene Grösse schon gehabt hat, so ist es keine Frage, dass er als ein angeborener anzusehen ist, dessen Dasein, so lange das Kind noch die schöne Rundung zeigte, den Verwandten entgangen ist. Erst bei eintretender Abmagerung wurde er bemerkt.

Seine Ausgangsstelle ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Es ist wahrscheinlich, dass er von dem Bindegewebe des Mesenterium abstammt.

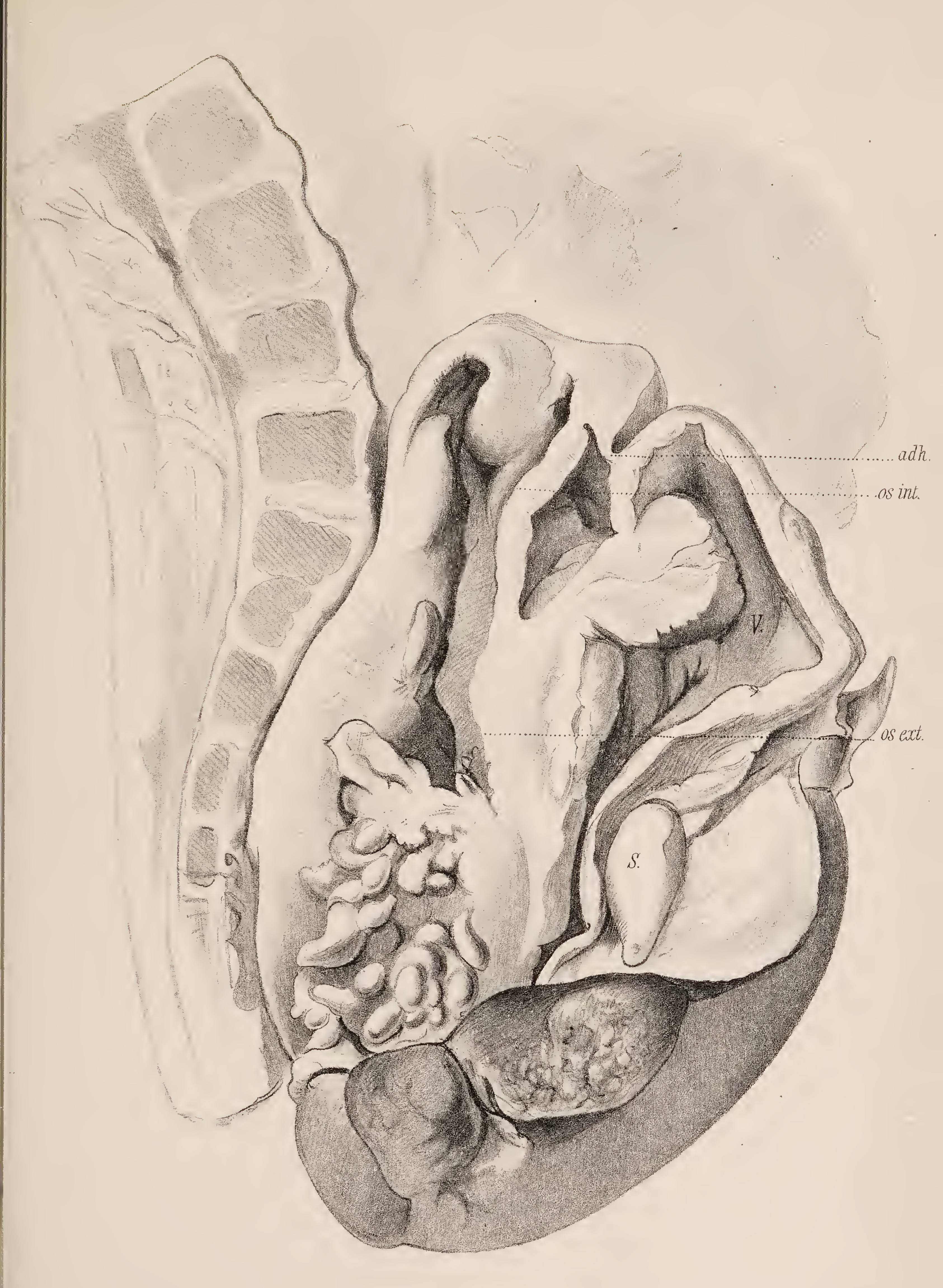
Die letzten zehn Jahre haben die Casuistik der congenitalen malignen Neubildungen so bereichert, dass zu erwarten steht, wenn mit gleichem Eifer weiter geforscht wird, so wird sich kaum Jemand noch der Ueberzeugung verschliessen können, dass eine grosse Zahl der malignen Geschwülste des späteren Lebensalters ebenfalls angeboren sei. Wenn man bedenkt, dass bisher nur die grob anatomisch wahrnehmbaren gefunden wurden, während kleinere den Beobachtern entgingen, die kleinsten überhaupt nicht gesehen werden können, so spricht dieser Umstand sehr für die Abstammung zahlreicher malignen Neoplasmen aus embryonaler Zeit. Ich hätte die Zahl der Beispiele wesentlich vermehren, ja verdreifachen können, wenn ich die Neubildungen bis zur Pubertätszeit mit aufgezählt hätte.

Cohnheim (Allgemeine Pathologie, Berlin 1877, S. 631) sieht die malignen Neubildungen hervorgehen aus überschüssig gebildetem embryonalen Gewebe, das lange Zeit hindurch latent liegen kann, bis es durch eine gesteigerte Blutzufuhr zum Wachsthume angeregt wird. Eine Beobachtung, die den ersten Theil der Cohnheim'schen Theorie besser zu stützen im Stande wäre, als das an der Sirenenbildung gefundene Carcinom des Enddarmes, lässt sich kaum finden. In diesem Falle war überschüssiges Material zum Aufbau des Enddarmes vorhanden, konnte aber zur Bildung eines normal gebauten Organes nicht verwendet werden, da Raummangel vorhanden. — Auch die Sarcome der Scheide, die von Sänger und mir mitgetheilt werden, stützen die Theorie, wenn man die Papillenwucherung als die primäre Erkrankung ansieht. — Die Frage nach dem Stimulus in der fötalen Periode ist noch schwerer zu beantworten, als die nach dem Reiz im vorgerückten Alter. Cohnheim

nennt als Reiz in der Hauptsache die gesteigerte Blutzufuhr; nach alter Anschauung sollen es wiederholte mechanische Reize sein, die das latente Zellenhäuflein zum zerstörenden Wachsthume anregen. Mit Winckel (Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, 6. Lieferung, S. 166) möchte ich gegen diesen Theil der Cohnheim'schen Theorie mich aussprechen und der älteren Theorie den Vorzug geben. Ausser den gewichtigen Gründen, die Winckel bringt, möchte ich noch den anführen, dass meines Wissens noch nie ein Cystosarcom der Sacralgegend, auch im späteren Lebensalter nicht, eine maligne Eigenschaft angenommen hat, was bei der reichlichen Ernährung dieser überschüssigen embryonalen Zellen doch wohl ab und zu beobachtet werden müsste. — Auch gegen die Wahrscheinlichkeit häufiger Vererbung möchte ich mich aussprechen. Winckel berechnet schon statistisch, bei einer wie kleinen Zahl von Kranken mit Uteruscarcinom eine Vererbung angenommen werden dürfe. Und wo Winckel von „erblicher Disposition" und „Vererbung" spricht, sind noch die sämmtlichen Fälle von zufälliger Coincidenz bei Mutter und Kind mit enthalten, so dass vielleicht nicht eine Spur von Vererbungsmöglichkeit übrig bleibt.

Betrachten wir daher den mechanischen Insult als den Reiz, der als Wachsthumserreger anzusehen ist. Mit Recht hebt Winckel gegen Cohnheim hervor, dass nicht die Vulva, sondern der Muttermund den Insulten mehr ausgesetzt sei, und ich möchte noch hinzufügen, dass dieses Orificium nicht, wie Cohnheim meint, Prädilectionsstelle sei, weil dort Müller'sche Gänge und Sinus urogenitalis zusammentreffen, sondern die Scheide stammt in toto von den Müller'schen Gängen ab, der Sinus urogenitalis beginnt erst am Hymen. Es wäre danach die Prädilectionsstelle am Hymen zu suchen.

Jedenfalls müssen wir uns freuen, dass die Cohnheim'sche Theorie die Möglichkeit geschaffen, der Aetiologiefrage wesentlich näher zu treten. Als eine kleine Beisteuer zur Klärung mögen die mitgetheilten Beobachtungen und Bemerkungen dienen.



Lith. Anst. v. E. A. Funke, Leipzig.

